

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 5

---

Contribution à l'étude  
des  
**DIVERTICULES  
APPENDICULAIRES**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 21 Novembre 1922*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Louis PERRET**

né à MARCHAUX (Doubs) le 18 Décembre 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
DIVERTICULES APPENDICULAIRES



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON .

Année scolaire 1922-1923. — N° 5

---

Contribution à l'étude  
des  
**DIVERTICULES**  
**APPENDICULAIRES**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 21 Novembre 1922*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Louis PERRET**

né à MARCHAUX (Doubs) le 18 Décembre 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire .....  
Doyen .....  
Assesseur .....

M. HUGOUNENQ.  
MM. J. LEPINE.  
ROQUE.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,  
A. FLORENCE

## PROFESSEURS

|                                                               |                |
|---------------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                                 | MM. TESSIER    |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                             | ROQUE          |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . .              | BARD           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                            | TIXIER         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .     | BERARD         |
| Clinique neurologique et psychiatrique . . . . .              | COMMANDEUR.    |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                   | ROLLET         |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                    | NICOLAS        |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . . .                   | LEPINE (J.)    |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .           | WEILL          |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie . . . . .      | POLOSSON (A.)  |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie . . . . .   | LANNOIS        |
| Chimie biologique et médicale . . . . .                       | ROCHET         |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                     | N-JOSSERAND    |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                       | CLUZET         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .        | HUGOUNENQ      |
| Anatomie . . . . .                                            | MOREL          |
| Histologie . . . . .                                          | X.             |
| Physiologie . . . . .                                         | GUART          |
| Pathologie interne . . . . .                                  | LATARJET       |
| Pathologie et Thérapeutiques générales . . . . .              | POLICARD       |
| Anatomie pathologique . . . . .                               | DOYON          |
| Chirurgie opératoire . . . . .                                | COLLET         |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie . . . . . | MOURQUAND      |
| Médecine légale . . . . .                                     | PIAVOT         |
| Hygiène . . . . .                                             | VILLARD        |
| Thérapeutique . . . . .                                       | ARLOING (F.)   |
| Pharmacologie . . . . .                                       | Etienne MARTIN |
|                                                               | COURMONT (P.)  |
|                                                               | PIC            |
|                                                               | MOREAU         |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe..... | VALLAS.   |
| — Propédeutique de gynécologie.....          | CONDAMIN. |
| — Chimie minérale .....                      | BARRAL    |
| — Urologie .....                             | GAYET.    |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                     |            |
|-----------------------------------------------------|------------|
| Anatomie topographique . . . . .                    | PATEL      |
| Botanique . . . . .                                 | BRETIN     |
| Embryologie . . . . .                               | GRAVIER.   |
| Orthopédie . . . . .                                | LAROYENNE. |
| Puériculture et hygiène de la première enfance..... | CHATIN.    |
| Stomatologie . . . . .                              | TELLIER    |

## AGRÉGÉS

|                 |               |            |               |
|-----------------|---------------|------------|---------------|
| MM.             | MM.           | MM.        | MM.           |
| NOGIER          | SAVY          | HOVELACQUE | ROUBIER       |
| BRETIN          | FROMENT       | TRILLAT    | FAVRE         |
| LERICHE         | THEVENOT (L.) | SARVONAT   | BONNET        |
| THEVENOT (Léon) | PIERY         | FLORENCE   | NOËL chargé   |
| TAVERNIER       | COTTE         | ROCHAIX    | des fonctions |
| CADE            | DUROUX        | CORDIER    |               |
| GARIN           |               |            |               |

M. BAYLE, secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THESE

M. POLICARD *Président*; M. LERICHE, *Assesseur* ;

MM. SARVONAT et NOËL, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

## A MON PÈRE

## A MA MÈRE

Leur vie, toute de droiture et de sacrifices, a été pour nous le plus beau des exemples. Nous leur dédions ce modeste travail, en leur renouvelant ici nos sentiments de profonde affection et de reconnaissance infinie.

A MA FIANCÉE

A MA SŒUR ET AUX SIENS

A MON FRÈRE

A MES ONCLES, A MES TANTES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,  
MONSIEUR LE PROFESSEUR POLICARD

*Professeur d'Anatomie générale et d'Histologie  
à la Faculté de Médecine de Lyon  
Chevalier de la Légion d'honneur*

Nous le remercions très respectueusement de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous sommes heureux d'exprimer au Maître et au Savant notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée et pour la complaisance inlassable avec laquelle il nous a prodigué ses conseils.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR DE 1<sup>re</sup> CLASSE PLISSON

*Professeur Agrégé au Val-de-Grâce  
Chevalier de la Légion d'honneur*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a entouré de sa confiance et de sa sympathie. Nous le prions d'agréer nos plus vifs remerciements et nos sentiments respectueux et reconnaissants.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. LEDOUX

*Professeur de Pathologie interne à l'Ecole de Médecine de Besançon*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. TISSERAND

*Chirurgien de l'Hôpital Saint-Jacques, à Besançon*

Ils furent nos premiers Maîtres. Nous gardons un souvenir inoubliable de leur enseignement clinique, de leur bonté et du très grand intérêt qu'ils nous ont toujours manifesté. Nous les remercions cordialement de tout ce qu'ils ont fait pour nous et nous les assurons de notre entier dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PRIEUR

*Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Besançon*

A MES MAÎTRES DE CETTE ÉCOLE

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DIVERTICULES APPENDICULAIRES

---

## INTRODUCTION

---

*A l'Hôpital Desgenettes, nous avons eu l'occasion d'examiner, dans le service de M. le Professeur Agrégé au Val-de-Grâce Plisson, un malade dont l'histoire méritait d'être rapportée : à ce propos, il nous a paru intéressant d'aborder la question des diverticules de l'appendice et d'en donner une vue d'ensemble.*

*Signalés pour la première fois vers la fin du siècle dernier, les diverticules de l'appendice ont été bien étudiés depuis cette époque soit en France, soit à l'étranger : ils ont fait l'objet de plusieurs travaux originaux et de nombreuses communications aux Sociétés savantes. Leur importance s'est accrue du jour où l'on a démontré l'origine diverticulaire de certains cas de « maladie gélatineuse du péritoine » (Péan), plus souvent désignée sous le nom de « pseudo-myxome du péritoine ». (Werth.)*

*Nous n'avons pas envisagé ici la question des diverticules « congénitaux » : ils sont très rares, trois cas*

seulement ont été rapportés (Jacquemet, 1900, observation publiée dans la thèse de Lorillou, Lyon, 1912-1913 ; Hédinger, 1901 ; Sissojeff, 1911). Ces diverticules sont de simples curiosités anatomiques donnant à l'organe l'aspect d'un appendice bifide : leur paroi a la même structure que celle de l'appendice : ils ne présentent aucun intérêt anatomo-pathologique et clinique.

Notre étude portera donc uniquement sur la question des diverticules « acquis ». Pour chaque variété de diverticules, nous avons choisi dans la littérature les cas les plus typiques et nous nous sommes contenté de grouper les autres cas dans notre bibliographie, en indiquant brièvement les caractères qui leur sont propres.

Après avoir exposé l'observation, point de départ de notre travail, nous exposerons de la façon suivante les résultats des recherches que cette observation a provoquées.

CHAPITRE I : Nature de la lésion.

CHAPITRE II : Mécanisme de la lésion.

CHAPITRE III : Réactions autour de la lésion.

CHAPITRE IV : Données cliniques.

---

## OBSERVATION

---

R..., cinquante-cinq ans, entre à l'hôpital le 19 janvier pour une tumeur de la fosse iliaque droite. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Rougeole et scarlatine, érysipèle de la face dans l'enfance; embarras gastrique fébrile entre trente-cinq et quarante ans; s'enrhume facilement et longuement; rien qui puisse faire penser à la syphilis. Marié, sans enfant; sa femme n'a jamais eu de grossesse.

Les premières manifestations de l'affection actuelle paraissent remonter au mois de juin 1920. Elles apparurent sous forme de crises de coliques débutant par la région épigastrique, se généralisant ensuite à tout l'abdomen. Pas de vomissement au cours de ces crises qui ne paraissaient pas s'accompagner de réaction péritonéale; le seul soulagement qu'y apportait le malade consistait, en effet, à se comprimer fortement l'abdomen. Les phénomènes douloureux duraient parfois plusieurs heures, disparaissant progressivement, sans aboutir jamais à une émission gazeuse ou fécale.

Dans l'intervalle d'une quinzaine de jours qui séparait les crises, le malade ne ressentait pas la moindre souffrance; selles quotidiennes pâteuses; aucune émission glaireuse, sanguinolente ou sanglante.

Cet état dura environ six mois, au cours desquels le malade perdit progressivement l'appétit et les forces, et constata de l'amaigrissement. Pour la première fois, dans les premiers

jours de décembre 1920, la douleur qui débuta, comme toujours, à l'occasion d'une crise, dans la région épigastrique, se fixa, à la fin, dans la fosse iliaque droite. Depuis ce moment, le malade éprouve dans cette région une sensation de gêne, de pesanteur, de tension, ainsi que quelques élancements.

Le premier examen médical date de cette époque; il ne révéla rien de précis. Le malade attirait l'attention sur la région du canal inguinal reconnu parfaitement libre; les éléments d'un syndrome appendiculaire furent soigneusement, mais vainement recherchés. Il en fut de même de ceux d'un syndrome d'atrésie ou de rétention intestinales. La palpation profonde de la fosse iliaque dénotait seulement un vague empâtement.

Le malade revint consulter le 12 janvier, parce que les douleurs persistaient et parce que, depuis trois jours, une tuméfaction était apparue dans la fosse iliaque droite.

Amaigrissement très accentué depuis le dernier examen.

A ce moment, il présentait les symptômes suivants : selles quotidiennes, pâteuses, peu abondantes à la vérité : mais rien qui indique une atrésie locale de l'intestin.

Douleurs continues, parfois à paroxysme lancinant dans la région de la fosse iliaque droite.

Ce qui frappe au premier abord, c'est une voussure au-dessus de l'arcade, à grand axe transversal, et légèrement oblique en bas et en dedans, affleurant par son pôle inféro-interne à l'orifice externe du canal. Pas de modifications dans l'aspect des téguments, sauf la présence d'un maigre réseau veineux sous-cutané.

A la palpation, qui éveille une très légère sensibilité, les plans superficiels de la paroi abdominale de couverture, nullement contracturée, sont mobiles sur la tumeur. Les contours de cette dernière se délimitent aisément de toutes parts sans difficultés, sauf à la partie inférieure et en arrière, et l'on a comme l'impression d'un pédicule se dirigeant vers l'arcade. Surface régulière, élastique, ferme; volume d'un gros œuf de poule. Pas de mobilisation possible, sauf peut-être une légère mobilité dans le sens transversal. La tumeur paraît fixée dans la profondeur et faire corps avec les plans musculaires pro-

fonds de la paroi abdominale. En effet, la netteté de ses contours disparaît lorsqu'on fait contracter les muscles de la paroi par des mouvements actifs appropriés.

La percussion de la paroi abdominale, à son niveau, révèle de la sonorité.

Par l'exploration du canal inguinal, parfaitement libre sur toute sa hauteur, on ne recueille aucun renseignement digne d'être noté, non plus que par le toucher rectal.

Tout le reste de l'abdomen est parfaitement souple. Pas d'ascite. Pas de ganglions perceptibles. Examen des fosses lombaires, de la colonne vertébrale et du squelette du bassin, entièrement négatif.

*Radioscopie.* — Une sonde rectale étant mise en place, un lavement bismuthé est poussé et l'on se rend compte de sa pénétration aisée jusqu'au fond de l'ampoule cæcale. La tumeur elle-même ne détermine la production d'aucun signe radioscopique; un fil de plomb placé sur la peau à sa limite interne laisse le cæcum normal nettement en dedans d'elle. Ce signe permet donc d'écarter le diagnostic de tumeur cæcale. On porte, à ce moment, le diagnostic de tumeur extra-cæcale de la fosse iliaque droite à point de départ probablement fibro-aponévrotique et avec envahissement partiel de la paroi abdominale antérieure, tumeur dont il est difficile cliniquement de déterminer la nature. Ce diagnostic est porté après avoir écarté systématiquement une lésion cæcale et sans s'arrêter au diagnostic, un instant discuté, d'appendicite bacillaire.

En raison de l'amaigrissement rapide du sujet et de l'évolution également très rapide de la tumeur, une intervention est décidée. Elle est pratiquée le 24 janvier 1921 par M. Plisson, assisté de M. Carrive. Anesthésie générale à l'éther.

Incision le long de la crête iliaque partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure et allant se terminer à l'anneau inguinal externe; section du grand oblique le long du canal inguinal prolongé. Le décollement de l'aponévrose d'insertion du grand oblique montre quelques lâches adhérences dans la profondeur et de l'infiltration œdémateuse des plans profonds

(petit oblique et transverse) qui semblent faire corps avec la tumeur qui paraît de la grosseur d'un œuf de poule. La tumeur est circonscrite par deux incisions semi-lunaires en plein muscle (ligature des vaisseaux épigastriques). On constate des adhérences profondes au péritoine qui est ouvert systématiquement sur le bord interne de l'incision.

Cette ouverture du péritoine montre que la tumeur superficielle se prolonge jusqu'au bord externe du cæcum auquel elle est extrêmement adhérente. On peut cependant la cliver avec précaution et la séparer entièrement du cæcum pour l'énuccléer. Pendant ces manœuvres, on tombe sur un paquet d'adhérences intestinales et épiploïques au centre duquel on trouve un liquide muco-séreux. On continue de cliver les adhérences en essayant de libérer le cæcum très adhérent par son bord externe et sa face postérieure en contact avec la grosse masse indurée. Au cours du décollement, on trouve un appendice recourbé en U situé derrière le cæcum, au contact du fascia iliaca; section à la base et extirpation rétrograde, qui montre un appendice en apparence non malade. On est conduit progressivement jusqu'à la pointe de l'appendice enfouie dans un bloc d'adhérences qu'on peut arriver à séparer du cæcum par clivage et qui, une fois enlevé, permet de constater que toute tumeur péri-cæcale a disparu.

Péritonisation de quelques points dénudés. Réfection partielle de la paroi. Mikulicz central; suture incomplète en deux plans. Petit drainage sous-cutané.

Suites très simples. Pas la moindre élévation de la température qui n'a jamais atteint 37°5.

Le petit Mikulicz laissé au centre de l'incision est retiré au bout de 48 heures.

Au bout de 15 jours, il ne reste plus aucun trajet profond, mais seulement une petite plaie linéaire d'un demi-centimètre de large, sans profondeur et longue de 5 à 6 centimètres. Epidermisation complète en un mois.

Actuellement (30 mai 1921), la fosse iliaque a repris sa souplesse normale, la cicatrice linéaire est résistante, sans la moindre éventration; le malade a engraisé de 8 kilogrammes. Il a retrouvé toutes ses forces et déclare ne plus res-

sentir aucun des symptômes dont il se plaignait antérieurement.

*Etude anatomo-pathologique de la tumeur.* — La tumeur extraite par l'intervention comprenait deux parties séparées par un point intermédiaire plus étroit.

La première partie extirpée avec une portion de la paroi abdominale était constituée par une masse grosse comme un œuf de poule, sans limites nettes et infiltrée dans tous les plans de la paroi, à l'exclusion de l'aponévrose du grand oblique, dont elle put être clivée.

Par contre, elle solidarisaient muscles, fascia transversalis et péritoine.

La seconde partie de la tumeur était adhérente au cæcum, mais clivable. Une fois enlevée, elle formait une masse traversée par l'appendice dont les deux extrémités la dépassaient comme si cet appendice avait embroché la tumeur. Elle était, d'autre part, très adhérente à la fosse iliaque externe, en dehors et sous le cæcum.

Le point rétréci qui réunissait les deux parties de la tumeur avait été sectionné pendant l'intervention et avait laissé apparaître des cavités remplies d'un liquide séro-muqueux grisâtre qui,ensemencé, est resté stérile.

L'examen histologique, pratiqué par le professeur Policard, a montré qu'il s'agissait d'une *tumeur inflammatoire développée autour d'un appendice à diverticules muqueux*.

Trois points ont été examinés histologiquement :

1° La masse péri-appendiculaire est formée d'un tissu inflammatoire du type subaigu, presque chronique, résultant de l'infiltration par des cellules inflammatoires (lymphocytes, éosinophiles, plasmocytes, cellules lipopigmentaires, etc.), du tissu musculo-aponévrotique et adipeux de la paroi abdominale.

2° L'appendice à son origine apparaît histologiquement normal, très riche en glandes muqueuses, très pauvre en formations lymphoïdes (disposition normale des gens âgés) (fig. 1).

Figure 1 — Appendice à son origine.

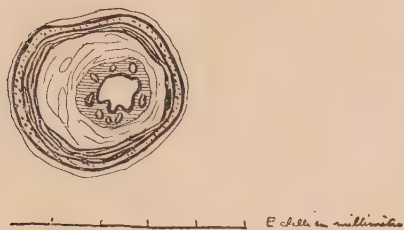
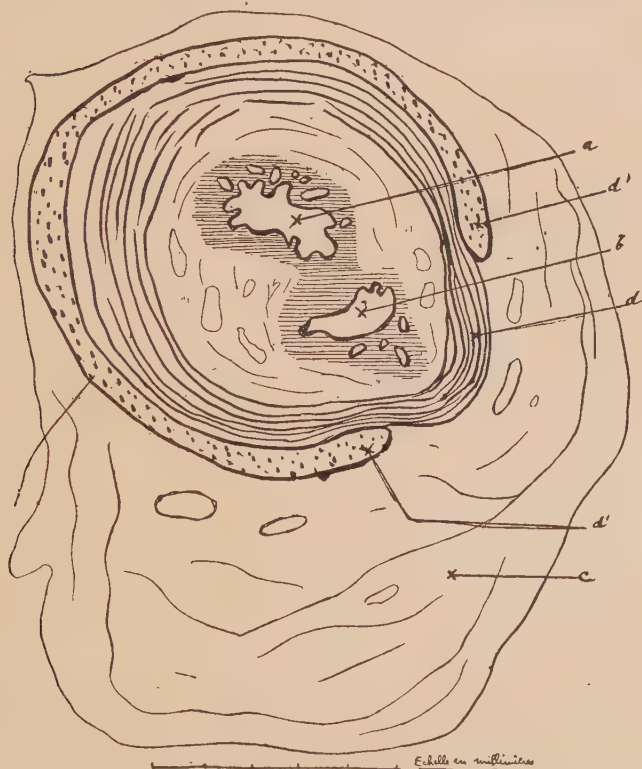


Figure 2. — Coupe de l'appendice au niveau de la tumeur.



a) cavité appendiculaire — b) cavité d'un diverticule — c) tumeur inflammatoire.

d) fibres circulaires de la musculature entraînés par le diverticule et le recouvrant encore — d') fibres longitudinales de la musculature perforées au niveau du diverticule.

3° L'appendice au niveau de la tumeur est complètement noyé dans le tissu inflammatoire. Il est très volumineux, de diamètre au moins triplé. La cavité n'est pas exactement ronde, mais dessine en plusieurs points un prolongement diverticulaire qui file dans la masse inflammatoire, dans la direction de l'artère appendiculaire, donc dans le méso. Ces diverticules sont multiples. Quelques-uns filent dans une direction opposée.

La paroi musculaire est dissociée; les fibres longitudinales externes s'arrêtent net au point de passage du diverticulum, formant là une boutonnière. Les fibres circulaires sont entraînées en partie et sur une courte longueur par le diverticulum (fig. 2).

Le diverticulum est revêtu par la muqueuse dont les éléments glandulaires sont extrêmement développés; la cavité est remplie de mucus.

L'étude des coupes faites à différents niveaux montre d'une façon très nette qu'il existe plusieurs diverticules de la muqueuse ayant filé dans le tissu péri-appendiculaire et déterminé son inflammation subaiguë, avec adhérences ultérieures à la paroi.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### **Nature de la lésion.**

#### **I. — Historique.**

Les premiers cas de diverticules de l'appendice ont été décrits par Edel, en 1894 : ils sont donc de date relativement récente. Jusque vers 1890, en effet, la pathologie de l'appendice était assez mal connue : on n'ignorait pas cependant les lésions de cet organe, mais elles passaient au deuxième plan et il était classique, en face d'une crise appendiculaire, de poser le diagnostic de typhlite. Les chirurgiens américains les premiers ont substitué à cette ancienne doctrine la notion de l'appendicite qu'ils ont véritablement créée.

L'attention attirée sur cet organe, de nombreux auteurs en ont poursuivi l'étude et, en ce qui concerne les diverticules particulièrement, les observations et les communications se sont multipliées. Dans ce court résumé, nous ne retiendrons que les travaux importants écrits sur la question. Letulle et Weinberg (1897), Lejars et Ménétrier (1904) signalent plus spéciale-

ment les diverticules inflammatoires et en rapportent de belles observations. Elbe (1909) décrit cinq cas personnels. Puis viennent les articles de Konjetzny (1909), Lecène (1911), Lejars (1911 et 1912), Sissojeff (1911), Mac Carty et Mac Grath (1911, Statistique des frères Mayo).

MM. Bérard et Vignard (1913) et leur élève Lorillou (Thèse, Lyon 1912-1913), traçent une vue d'ensemble de la question et adoptent une classification précise des diverticules. Les articles de Chauvin (Gazette des Hôpitaux, février 1920) et de Grynfeldt et Chauvin (Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition, 1920) constituent une bonne mise au point des travaux antérieurs : ces auteurs font une étude minutieuse et complète d'un cas personnel et, à ce propos, ils envisagent la question de la cicatrisation épithéliale des pseudo-diverticules inflammatoires.

Wilkie (1921) trouve des diverticules sur trois appendices carcinomateux opérés par lui.

Löhr (1922) en publie cinq cas très complets.

## II. — Fréquence.

Les chirurgiens enlèvent des appendices diverticulaires soit sur des malades atteints d'appendicite aigue ou chronique, soit au cours d'interventions abdominales dans des cas assez mal déterminés et diagnostiqués seulement pendant l'opération lorsqu'on découvre l'appendice (tumeurs inflammatoires de la fosse iliaque droite et de la paroi abdominale, maladie gélatineuse du péritoine, etc.).

Les anatomo-pathologistes également en rapportent plusieurs cas, découvertes d'autopsie.

Chaque année, la littérature médicale s'enrichit de nouvelles observations, mais il est difficile d'établir une statistique exacte, un pourcentage précis. Elbe, en 1909, avait pu réunir un total de 150 cas de diverticules appendiculaires, mais en y comprenant les kystes de l'appendice. La seule statistique importante que nous possédions est celle des frères Mayo, rapportée en 1911 par Mac Carty et Mac Grath : sur 5.000 appendices examinés, ces auteurs ont trouvé 17 appendices avec diverticules, soit un cas sur 300 environ. Löhr compte quatre cas de diverticules inflammatoires sur 300 appendices enlevés. Hyvernaud (Le pseudo-myxome du péritoine d'origine appendiculaire, Thèse, Paris 1919-1920), publie 28 observations : dans 4 cas, les appendices myxomateux sont porteurs de diverticules.

En résumé, on peut dire que les diverticules de l'appendice ne sont pas très fréquents : cependant, ils n'en sont pas moins intéressants à connaître, comme nous le verrons dans les chapitres suivants.

### III. — Aspect macroscopique.

#### 1° LE DIVERTICULE

Dans la moitié des cas environ, on n'observe qu'un seul diverticule sur l'appendice, quelquefois deux (Simon). Dans l'autre moitié des cas, les diverticules sont très nombreux (Wilkie) : l'appendice apparaît

« hérissé de bosselures diverticulaires » (Lecène ), « bosselé » (Sissojeff), « ayant l'aspect d'un cornichon » (Grynfeltt et Chauvin). Les diverticules sont de grosseur variable ; en moyenne ils ont le volume d'un petit pois. Ils siègent tantôt sur le bord mésentérique, tantôt en n'importe quel point de la surface, mais ils ont tous, semble-t-il, une prédilection pour la région voisine de la pointe de l'appendice. Assez souvent, on observe à leur niveau une vascularisation anormale, un dépoli de la séreuse qui est parsemée de petits îlots grisâtres. Le diverticule est quelquefois vide, mais le plus souvent, surtout dans les diverticules du type scléreux, il renferme un liquide muqueux, clair, dont la consistance peut atteindre celle de la gélatine. Dans la grosse majorité des cas, la cavité du diverticule communique avec celle de l'appendice par un orifice plus ou moins grand et plus ou moins régulier.

## 2° L'APPENDICE

Sa longueur est rarement augmentée ; par contre, ses dimensions transversales sont le plus souvent très supérieures à la normale : tantôt l'appendice est dilaté d'une façon uniforme, tantôt la dilatation ne porte que sur un segment de l'organe, particulièrement au niveau de la pointe. Il présente en général les signes d'une inflammation ancienne ou récente. Sa lumière est irrégulière, rétrécie en certains endroits : on a noté souvent une oblitération complète de l'orifice de communication avec le cœcum. L'appendice est rarement

vide : on peut trouver à son intérieur des concrétions fécales, des corps étrangers, mais presque toujours, on voit s'échapper, en l'ouvrant, une quantité plus ou moins considérable d'un liquide analogue à celui que renferme le diverticule.

#### IV. — Structure microscopique

Pratiquement, nous pouvons distinguer trois types de diverticules :

- 1° Type hernie simple ;
- 2° Type scléreux ;
- 3° Type inflammatoire : a) avec revêtement muqueux ; b) sans revêtement muqueux.

##### 1° TYPE HERNIE SIMPLE

Ces diverticules ont été signalés pour la première fois par Mertens (1903) : Lejars (1911) en a fait une étude minutieuse et les a nettement individualisés. MM. Bérard et Vignard, Grynfeldt et Chauvin, Lorillou ont mis au point cette question.

Ces diverticules sont constitués par des hernies de la *muqueuse normale* à travers les fentes vasculaires de la musculieuse d'un *appendice à tuniques normales*. Sur une coupe, muqueuse, glandes de Lieberkühn et sous-muqueuse ne sont pas modifiées dans leur structure : il en est de même pour le tissu sous-péritonéal et la séreuse. La musculieuse est perforée au niveau du diverticule et, fréquemment, on peut voir un épaissis-

sement très notable de la musculieuse, sorte de sphincter enserrant le collet étroit du diverticule muqueux. Ceux-ci siègent fatalement sur le bord mésentérique, là où les vaisseaux perforent la paroi musculaire ; ils se développent entre les deux feuillets du meso ; leur localisation de choix est la région de la pointe.

Ces diverticules sont rares. Les deux cas rapportés par Konjetzny nous semblent les plus typiques et répondent exactement à la description précédente : l'auteur n'a observé que ces deux cas sur 1.000 appendices examinés.

On est frappé par la grande analogie qui existe entre ces diverticules et ceux du gros intestin (De Mourgues), siégeant spécialement sur l'S iliaque (Verdenal, Löhr) : sur ces diverticules cœliques, le sphincter musculaire est toujours très visible, la muqueuse et les autres tuniques sont normales.

## 2° TYPE SCLÉREUX

Autrefois confondus avec les diverticules inflammatoires, les diverticules du type scléreux ont été isolés par Grynfeldt et Chauvin (1920) ; ils présentent, en effet, des caractères bien spéciaux.

Ce sont de simples distensions localisées de la paroi d'un appendice kystique, constituées par des hernies d'une *muqueuse pathologique* à travers la musculieuse plus ou moins réduite d'un *appendice scléreux*. Sur une coupe, au niveau d'un de ces diverticules, la muqueuse comprimée peut avoir complètement disparu (Chauvin). Le plus souvent, elle est très atrophiée ;

l'épithélium de revêtement est détruit ou remplacé par un épithélium à cellules cubiques sans formation glandulaire ; dans les endroits où l'épithélium a pu rester intact, les cellules sont devenues caliciformes. La sous-muqueuse est sclérosée, réduite à une couche presque insignifiante, les formations lymphoïdes n'existent plus. La tunique musculuse est perforée plus largement que dans le type précédent, mais on n'observe pas de sphincter musculaire. La séreuse est épaissie.

Ces diverticules siègent en des points variables, de préférence sur le bord mésentérique, car la faiblesse de la paroi au niveau du passage des vaisseaux a son importance dans leur mode de formation.

L'appendice sur lequel ils se développent est un appendice kystique, gros, bosselé, oblitéré à sa base, sa paroi est presque entièrement scléreuse. La couche musculuse est particulièrement atteinte par le processus et réduite à une mince pellicule irrégulièrement répartie : les cellules cylindriques de la muqueuse prennent le type caliciforme, la sous-muqueuse est envahie par le tissu conjonctif.

Ces diverticules sont fréquents (voir Bibliographie). Les deux cas rapportés par Lecène nous semblent les plus typiques :

*Premier cas.* — Coupe au niveau du diverticule. Disparition complète de la musculuse, muqueuse amincie, mince couche lymphoïde sous-muqueuse, épithélium cubique de revêtement sans formation glandulaire. Appendice dilaté, hérissé de bosselures diverticulaires.

*Deuxième cas.* — Au niveau du diverticule, couche musculaire progressivement amincie puis détruite, muqueuse réduite à une mince couche de cellules du type muqueux, caliciforme ; mince sous-muqueuse. L'appendice est énorme, il existe plusieurs diverticules.

Dans ces deux cas, l'appendice est oblitéré à sa base, son contenu est muqueux.

### 3° TYPE INFLAMMATOIRE

Ces diverticules semblent être les plus nombreux : ils sont bien connus depuis Letulle et Weinberg qui les ont décrits les premiers en 1897.

Ce sont de petites poches, développées sur des *appendices atteints par l'inflammation, tapissées ou non par la muqueuse*, dont la cavité communique avec la lumière appendiculaire grâce à une perforation *large et nette* de la musculature, détruite en ce point par un processus inflammatoire.

Ces diverticules présentent donc des caractères communs précis : collet large, musculature détruite localement comme à l'emporte-pièce, siège indifférent, importance des lésions inflammatoires de l'appendice. Mais il y a lieu de distinguer à présent deux variétés de diverticules inflammatoires, suivant qu'ils possèdent ou non un revêtement muqueux.

*Première variété : Diverticules inflammatoires vrais.* — Dans ces cas, la muqueuse tapisse complètement la paroi du diverticule.

Nous résumerons ici une observation typique de

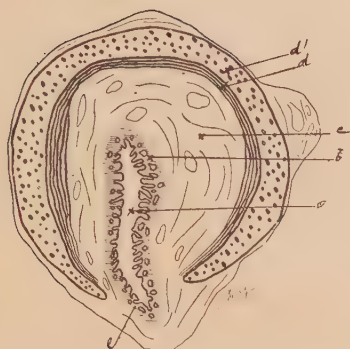


Fig. 3. — a) cavité appendiculaire - b) muqueuse appendiculaire - c) sous-muqueuse  
d) musculieuse (fibres circulaires) - d' musculieuse (fibres longitudinales)  
e) muqueuse du diverticule.

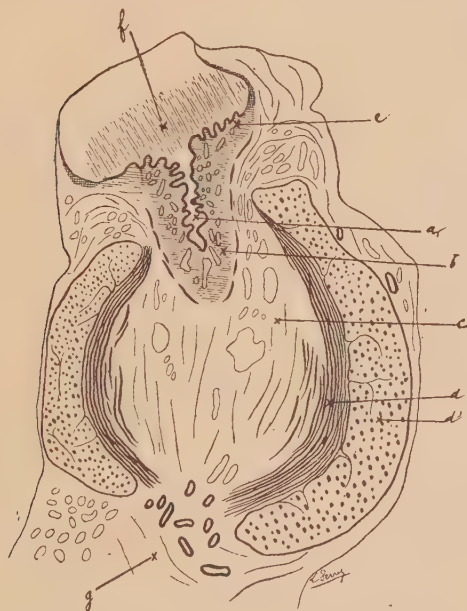


Fig. 4. — a) cavité appendiculaire - b) muqueuse appendiculaire - c) sous-muqueuse  
d) musculieuse (fibres circulaires) - d') musculieuse (fibres longitudinales) - e) collerette  
muqueuse à la date du diverticule - f) coagulum muqueuse - g) meso ; on voit les vais  
seaux perforer la musculieuse à ce niveau.

Lejars et Ménétrier. La muqueuse appendiculaire, riche en glandes, occupe le centre de l'organe; elle se prolonge par un diverticule à travers la couche musculaire qui est interrompue franchement à ce niveau et qui détermine un éperon de chaque côté du diverticule (Fig.3). La couche sous-muqueuse est occupée par un tissu scléro-adipeux : le péritoine et la sous-séreuse présentent les traces d'une inflammation ancienne. La lumière appendiculaire est étroite.

Lorrain, Mac Carty et Mac Grath, Malatesta, Péraire et Masson, Simon ont rapporté également plusieurs cas de diverticules inflammatoires vrais. Les diverticules décrits dans l'observation de MM. Plisson et Carrive se rattachent à cette catégorie.

*Deuxième variété : Pseudo-diverticules inflammatoires.* — L'observation résumée d'un de ces cas, publiée par Grynfeldt et Chauvin, servira à notre description (Fig. 4).

La muqueuse ne tapisse pas intérieurement la cavité du diverticule, sauf au niveau de la perforation musculaire où elle se dispose en collerette : l'épithélium de cette muqueuse et les glandes sont constitués uniquement par des cellules à mucus. Le reste de la paroi diverticulaire est formé d'un tissu conjonctivo-vasculaire, chroniquement enflammé. Du côté de l'appendice, le péritoine et le tissu sous-péritonéal sont le siège d'une infiltration cellulaire et d'une congestion intenses : la musculature est normale, sauf au niveau du diverticule où elle est largement et nettement détruite : le tissu sous-muqueux est profondément

modifié par une inflammation ancienne et grave (exsudat abondant, capillaires distendus, lésions de lymphangite, nombreux lobules graisseux) : la muqueuse est remarquable par sa situation excentrique, elle est comme attirée vers le diverticule. La lumière appendiculaire est réduite à une simple fente. Un même coagulum muqueux, riche en globules blancs, remplit l'appendice et le diverticule.

Notons également les observations de Patel, Malatesta, Masson, E. Potherat, Sissojeff qui ressemblent à celles que nous venons de rapporter.

Nous résumerons ce chapitre en quelques mots :

a) *Type hernie simple* : rare, appendice normal, muqueuse du diverticule normale, siège sur le bord mésentérique, collet étroit ;

b) *Type scléreux* : fréquent, appendice scléreux, muqueuse du diverticule plus ou moins altérée, siège indifférent mais surtout bord mésentérique, collet plus large que dans le type précédent ;

c) *Type inflammatoire* : fréquent, appendice enflammé, présence ou non de la muqueuse au niveau du diverticule, siège indifférent, collet large.

---

## CHAPITRE II

---

### Mécanisme de la Lésion.

L'étude du mécanisme de la lésion est d'un intérêt capital : elle permet de mieux comprendre la structure des diverticules et nous verrons, en réalité, que les différents types anatomiques décrits dans le chapitre précédent s'appliquent à des types pathogéniques précis.

#### 1° DIVERTICULES PHYSIOLOGIQUES

Ce sont les diverticules du « *type hernie simple* ».

La paroi de l'appendice est normale. La hernie de la muqueuse normale, à travers les fentes vasculaires de la musculieuse, peut s'expliquer de deux façons :

a) Ou bien il y a « *hernie de faiblesse* » (Grynfeltt et Chauvin) lorsque ces fentes se sont élargies. Les causes de cet élargissement sont multiples. Chauvin fait intervenir « certains états de congestion active ou passive » au niveau de l'appendice. Le même auteur et Lejars font entrer également en ligne de compte la

surchage graisseuse du meso « qui jouerait vis-à-vis de la muqueuse le même rôle que dans les hernies abdominales vis-à-vis du péritoine » (Chauvin). La muqueuse serait donc comme attirée vers l'extérieur.

Il est intéressant de rapprocher des idées de Lejars et de Chauvin la théorie veineuse de Graser citée par de Mourgues et Verdenal dans leurs thèses : en effet, le diverticule du gros intestin se produirait, au niveau du passage des veines dans la musculuse, grâce à la stase veineuse (de Mourgues), à laquelle viendrait s'ajouter la présence d'un tissu conjonctif lâche autour de ces vaisseaux (Verdenal) ;

b) Ou bien il y a « *hernie de force* » quand, pour des raisons diverses l'appendice s'étant oblitéré, son contenu se met sous tension. L'oblitération de la lumière appendiculaire est due tantôt à un processus inflammatoire discret qui produit un rétrécissement plus ou moins accentué du canal appendiculaire avec hyperfonctionnement des glandes (Lorillou), tantôt à des coutures, à des replis transversaux de la muqueuse empêchant l'écoulement du mucus sécrété (Bérard et Vignard). L'hypertension appendiculaire explique la présence des diverticules au niveau des zones de faible résistance, points de pénétration des vaisseaux, et leur siège constant sur le bord mésentérique de l'appendice. Un détail anatomique est intéressant à signaler : la fente vasculaire la plus large est celle qui correspond au passage de la branche terminale de l'artère appendiculaire ; on comprend donc facilement la prédilection de ces diverticules pour la pointe de l'appendice (Bérard et Vignard).

En réalité, le mécanisme par « *hernie de faiblesse* » est de beaucoup le plus important. C'est lui qui est la condition indispensable dans la production du diverticule. D'ailleurs, cette notion de faiblesse de la paroi est de plus en plus en faveur pour expliquer le mécanisme des hernies en général, principalement celles de la paroi abdominale. L'hypertension appendiculaire est une cause accessoire, mais non constante ; on ne la rencontre pas dans les deux cas typiques rapportés par Konjetzny : elle ne trouve son importance vérifiable que dans le deuxième groupe suivant.

## 2° DIVERTICULES PAR HYPERTENSION APPENDICULAIRE

Ils correspondent aux diverticules du « *type scléreux* » décrits dans le Chapitre Premier.

— Un seul mécanisme intervient ici : l'hypertension. Quelle est sa cause ? Quelquefois, c'est l'hypersécrétion glandulaire. Dans la grosse majorité des cas, l'appendice est oblitéré soit à sa base, soit vers son milieu. Cette oblitération est presque toujours la conséquence d'une inflammation ancienne, amenant un rétrécissement de plus en plus serré de la lumière de l'organe, avec accumulation du liquide sécrété en amont de l'obstacle et augmentation de la pression. D'après Elbe, il faudrait faire intervenir dans le mécanisme de l'hypertension un autre facteur, la lenteur ou l'absence de résorption du contenu muqueux par altération des vaisseaux lymphatiques du meso. Cette opinion émise par Elbe ne résiste pas à la critique : on n'a jamais constaté, en effet, la résorption d'un mucus

quel qu'il soit par l'intermédiaire des lymphatiques.

Soumis à cette pression exagérée, cet appendice se laisse dilater et devient kystique, soit en totalité, soit partiellement. La paroi de cet appendice kystique, scléreuse, amincie, peut présenter en certains endroits une destruction plus ou moins complète de la musculuse et, à ce niveau, s'amorcent les diverticules. Ceux-ci peuvent donc se développer en n'importe quel point de la paroi, mais plus particulièrement sur le bord mésentérique, pour les raisons que nous avons données plus haut. Ces diverticules sont analogues aux « bosselures que l'on observe en gonflant des pneumatiques usés » (Grynfeltt et Chauvin) et se comportent « comme de véritables petits anévrysmes de la paroi appendiculaire » (Lecène). Ce sont donc des « hernies de force ».

### 3° DIVERTICULES INFLAMMATOIRES PAR DESTRUCTION

#### PARIÉTALE

Ce sont les diverticules du « *type inflammatoire* » dont nous avons décrit la structure au chapitre précédent. Un foyer inflammatoire circonscrit détruit la couche musculaire de l'appendice et rend possible la hernie de la muqueuse à travers l'orifice ainsi formé. Mais le processus inflammatoire peut évoluer de deux façons.

Dans un premier groupe de faits, la muqueuse, tout au moins son épithélium, ne sont pas rompus : a) Le foyer inflammatoire peut en rester au stade phlegmoneux et, l'inflammation vaincue, présenter un pro-

cessus d'organisation fibreuse qui diminuera l'épaisseur de la paroi et la creusera au-dessous de la muqueuse, entraînée en un diverticule plus ou moins profond ; b) il peut également en arriver au stade d'abcès, mais, le pus se résorbant ensuite sans ouverture de la collection, la muqueuse se trouve comme attirée au dehors pour combler la cavité abcédée « comme après l'opération de Gayet-Estlander se comble la cavité pleurale par attraction de la paroi thoracique » (Grynfeltt et Chauvin). De toute façon, à travers une perte de substance de la musculuse d'origine inflammatoire, la muqueuse est attirée au contact de la séreuse par un travail de réparation cicatricielle. Ce sont les diverticules cicatriciels, ou les diverticules inflammatoires par traction sans perte de substance de la muqueuse (Grynfeltt et Chauvin). Nous les avons décrits sous le nom de « diverticules inflammatoires vrais ».

Dans un deuxième groupe de faits, le foyer abcédé s'ouvre dans la cavité appendiculaire. A travers une perte de substance de la muqueuse, on accède dans un diverticule sans paroi propre, qui représente l'ancienne cavité de l'abcès.

Il n'y a plus de revêtement muqueux, tout au plus une simple collerette (Grynfeltt et Chauvin) et il ne saurait être question de diverticule à proprement parler. Ultérieurement, cependant, la muqueuse appendiculaire peut venir tapisser en partie la paroi de cette cavité : il semble qu'elle est attirée en ce point comme nous le montre la figure 4.

En définitive, deux mécanismes principaux sont en présence :

1° En ce qui concerne les diverticules inflammatoires par destruction pariétale et la plus grande partie des diverticules physiologiques, la muqueuse est attirée vers l'extérieur à travers la perte de substance musculaire : il s'agit donc d'un mécanisme *par traction* ;

2° Au contraire, en étudiant les diverticules par hypertension appendiculaire et quelques cas de diverticules physiologiques, on voit que la muqueuse fait hernie grâce à la pression intraappendiculaire : il s'agit donc d'un mécanisme *par pression*.

### CHAPITRE III

---

#### Réactions autour de la lésion.

Le processus réactionnel autour d'un diverticule de l'appendice est très variable : nous l'envisagerons successivement pour chacune des variétés de diverticules.

1° LES DIVERTICULES PAR HERNIE SIMPLE, étant essentiellement des diverticules physiologiques, ne s'accompagnent pas de réaction de voisinage, du moins au début : la séreuse qui les recouvre est normale, non épaissie, sans adhérences. Cependant, ces diverticules ne sont pas à l'abri d'une poussée inflammatoire aigue qui peut survenir dans la suite, mais, la faible épaisseur de leur paroi les prédispose à une rupture précoce : on assistera alors à la formation d'un abcès enkysté ou d'un phlegmon développé entre les deux feuillets du meso.

2° LES DIVERTICULES SCLÉREUX, ou diverticules par hypertension appendiculaire, se développent sur des appendices scléreux chez lesquels le processus inflammatoire manifeste très peu d'activité; il peut même

être complètement éteint (Löhr). Le liquide qu'ils renferment est stérile ou peu septique : les rares microbes qu'on peut y rencontrer sont peu virulents et ne poussent pas sur les milieux de culture. On conçoit, dans ces conditions, que la rupture d'un de ces diverticules n'aboutisse pas à une infection péritonéale généralisée ou localisée grave, mais à un simple processus réactionnel autour du liquide épanché.

La sécrétion muqueuse de l'appendice peut subir la transformation colloïde ; le diverticule venant à se rompre, la présence de cette substance gélatineuse dans la cavité péritonéale est souvent l'origine du pseudo-myxome du péritoine. D'après Löhr, deux conditions seraient nécessaires et suffisantes pour la production du pseudo-myxome d'origine appendiculaire : l'absence de processus inflammatoire au niveau de l'appendice, l'absence de microbes dans le mucus excrété. Deux cas peuvent alors se présenter : ou bien le diverticule se rompt et déverse son contenu dans l'abdomen (l'appendice est alors seul en cause), ou bien les cellules épithéliales de la muqueuse appendiculaire après rupture du diverticule vont s'implanter sur le péritoine et sécréter (la substance gélatineuse du pseudo-myxome provient donc à la fois de la sécrétion de la muqueuse appendiculaire et de ces « greffes épithéliales »).

A l'autopsie, le péritoine est couvert de petites granulations transparentes, remplies de substance colloïde. Le plus souvent, celle-ci constitue une masse unique, circonscrite, englobant le cæcum et la terminaison de l'iléon : on trouve l'appendice noyé au

milieu de la masse, perforé ou simplement fissuré au niveau de sa pointe ou au sommet d'un diverticule. Parfois même, il est assez curieux de constater que le diverticule ne présente pas la moindre solution de continuité ; la matière gélatineuse dans ces cas a simplement fusé au travers de la paroi en dissociant les différents plans qui la constituent. La question du pseudo-myxome du péritoine d'origine appendiculaire a été bien étudiée (Goursolas, Hyvernaud, M<sup>me</sup> Mercier-Bellevue, Lejars, Léontieff, Harnsen, Wilson, Petit, Löhr); on peut dire que c'est la seule réaction importante autour des diverticules scléreux.

3° LES DIVERTICULES INFLAMMATOIRES : Ces diverticules, contrairement aux précédents, sont encore le siège d'une inflammation assez intense, le plus souvent chronique, rarement aigue (Mac Carty et Mac Grath, Simon). Il n'est pas étonnant de trouver à leur niveau une réaction péritonéale appréciable, comme il est de règle en pareils cas (péritoine dépoli, meso enflammé et scléro-adipeux, vaisseaux dilatés). Le diverticule peut se perforer ; une péritonite se déclare, se généralise ou se localise. Mais le processus inflammatoire peut subir une autre évolution. « Une inflammation chronique lente, partie d'une filtration infectieuse à travers une paroi amincie de l'appendice et consécutive à une inflammation appendiculaire antérieure, peut déterminer la formation d'une pseudotumeur purement inflammatoire : celle-ci tend à englober les organes de la fosse iliaque droite, à enser-

rer le cæcum et l'appendice, adhère à la partie profonde de la fosse iliaque, sinsinue dans l'angle iléo-cæcal ou pointe vers la paroi antérieure de l'abdomen en l'envahissant de proche en proche » (Plisson et Carrive). A vrai dire, ces tumeurs inflammatoires, développées aux dépens de diverticules muqueux de l'appendice, sont extrêmement rares. A notre connaissance, le seul cas vraiment caractéristique et complet est celui de MM. Plisson et Carrive. Nous avons trouvé dans la littérature deux observations qui s'en rapprochent ; nous les résumerons brièvement.

La première est celle de Gangitano : l'appendice en question, enlevé chez une femme de 32 ans, se perd, après deux centimètres de trajet, dans une masse grosse comme une noix, dure, formée d'un tissu granuleux et friable. La tumeur est constituée par des travées conjonctives renfermant des éléments cellulaires arrondis, à gros noyaux ; le protoplasma est peu abondant. Cet examen anatomo-pathologique ne signale pas la présence de diverticules.

La deuxième observation rapportée par Meyerson est celle d'un homme de 60 ans, présentant une tumeur de la paroi abdominale infiltrant les muscles : cette tumeur, à point de départ appendiculaire, tient à la pointe de l'appendice rouge et enflammé : elle est sans plan de clivage net avec les parties voisines. L'examen histologique de la pièce n'a pas été fait. Ces deux observations ne sont pas très concluantes.

On pourrait se demander s'il n'existe pas certaines analogies entre ces tumeurs inflammatoires et les cancers de l'appendice. Crouze prétend que bien des

cas, étiquetés cancers de l'appendice, ne sont en réalité que des tumeurs inflammatoires. Lecène s'élève à juste titre contre cette généralisation. Cependant, dans le cas de Gangitano cité plus haut, l'appendice était le siège d'une hyperplasie glandulaire intense, avec infiltration cellulaire des différentes tuniques, et on aurait pu penser, à première vue, à un processus néoplasique. Signalons que la transformation d'une tumeur inflammatoire en cancer aurait été constatée par Fioravanti à propos d'une tumeur du cæcum.

Le diverticule inflammatoire lui-même ne pourrait-il pas être à l'origine d'un cancer ? Le fait n'a pas été signalé pour l'appendice, mais il n'est pas impossible que la muqueuse, attirée dans la cavité de l'abcès pariétal et soumise à un processus énergique de régénération épithéliale, ne se mette à proliférer pour une cause inconnue et n'aboutisse à la production d'une tumeur vraie.

Masson, de la Clinique des frères Mayo, et W. Mayo lui-même, dans leurs travaux sur les diverticules du sigmoïde (1921) sont très affirmatifs : ils admettent parfaitement la transformation de la tumeur inflammatoire péridiverticulaire en cancer et ils l'auraient observée nettement dans plusieurs cas.

Il est intéressant de constater, dans le cas de MM. Plisson et Carrive, que les éléments glandulaires de la muqueuse du diverticule sont extrêmement développés et susceptibles, par une prolifération active, d'envahir la tumeur inflammatoire elle-même et d'en bouleverser la structure.

En résumé, si l'on a bien étudié à l'heure actuelle le pseudomyxôme du péritoine développé autour d'un appendice diverticulaire à contenu colloïde, on est très peu renseigné par contre sur les tumeurs inflammatoires ayant pour point de départ un diverticule de l'appendice ; des examens histologiques, pratiqués systématiquement sur des tumeurs de cette région, nous les feraient peut-être mieux connaître.

---

## CHAPITRE IV

---

### Données Cliniques.

---

#### I. — Symptomatologie.

Il n'existe pas de symptôme pathognomonique des diverticules de l'appendice et il est impossible de les diagnostiquer cliniquement ; tout au plus peut-on y penser. A côté de diverticules restant absolument latents, on en trouve d'autres dont la symptomatologie est celle d'une appendicite aigue ou chronique ; d'autres enfin ne manifestent leur présence que par les réactions qu'ils produisent autour d'eux. Nous envisagerons successivement ces différents cas :

##### 1° DIVERTICULES

##### NE S'ACCOMPAGNANT D'AUCUN SYMPTÔME

Les diverticules par hernie simple ou diverticules physiologiques rentrent dans cette catégorie. Les deux cas de Konjetzny que nous avons rapportés sont sans histoire clinique : l'auteur les a rencontrés à l'autopsie

chez des individus n'ayant jamais attiré l'attention du médecin sur des troubles appendiculaires.

## 2° DIVERTICULES

### AVEC SYMPTÔMES D'APPENDICITE AIGUE OU CHRONIQUE

En clinique, c'est la variété que l'on rencontre le plus souvent : à l'opération ou à l'autopsie, on trouve soit des diverticules scléreux, soit des diverticules inflammatoires. Ces deux groupes de diverticules ne semblent pas présenter des symptômes différents et notre description s'appliquera indistinctement à l'un et à l'autre.

Les malades accusent dans leurs antécédents une ou plusieurs crises d'appendicite aigue ou subaigue typique avec les symptômes douloureux, locaux et généraux que l'on rencontre habituellement. Dans l'intervalle des crises, leur santé est satisfaisante. Puis une nouvelle crise apparaît, généralement plus forte que les précédentes, ou bien les symptômes douloureux s'aggravent subitement au cours d'une crise aigue et on se décide à intervenir.

Mais à côté de ces formes à manifestations aiguës, il faut faire une part importante aux formes à évolution chronique ; on a l'impression qu'elles sont les plus fréquentes. Les malades se plaignent de troubles digestifs vagues, de dyspepsie ; il sont constipés ou présentent au contraire de la colite muco-membraneuse ; ils accusent de la pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite, une douleur sourde n'apparaissant qu'à l'occasion des efforts ou provoquée seule-

ment à la pression ; ils n'ont pas de fièvre. Puis, brusquement, survient une crise appendiculaire aiguë avec douleur localisée au point de Mac Burney, défense musculaire, hyperesthésie cutanée : dans la profondeur on sent quelquefois une légère tuméfaction, mal délimitée, douloureuse (Lejars et Ménétrier) ; la fièvre est constante. Devant cette symptomatologie l'opération est pratiquée. L'intervention doit être en effet très précoce, car, même en l'absence de signes cliniques nets, les diverticules sont souvent le siège d'infections étendues avec menace de perforation de la séreuse. Dans ce cas, une infection péritonéale se déclare si le diverticule siège sur le bord libre (diverticules inflammatoires) : mais si le diverticule siège sur le bord mésentérique, le liquide septique tend à gagner le meso et il se forme un abcès ou un phlegmon meso-appendiculaire (Bérard et Vignard).

### 3° DIVERTICULES ET PSEUDO-MYXÔME DU PÉRITOINE

Quand on se trouve en présence d'un pseudo-myxome du péritoine généralisé à toute la séreuse, il est rare qu'on incrimine l'appendice : le plus souvent, l'affection est d'origine ovarienne. Mais si la malade a attiré l'attention sur un syndrome appendiculaire et si la palpation fait découvrir ultérieurement une tumeur au niveau de la fosse iliaque, on est en droit de penser au pseudo-myxome d'origine appendiculaire.

Voici en général ce qu'on observe :

Le malade a présenté au cours des années précédentes des crises douloureuses et répétées dans la

région de la fosse iliaque droite, alternant avec une santé assez bonne (Thèse de Goursolas) : quelquefois, on note de l'amaigrissement. Dans certains cas, au contraire, l'affection évolue sans température, sans douleur appréciable et sans amaigrissement notable (Löhr). Pendant la dernière crise, qui est généralement sévère, ou au cours d'un examen, on est frappé par le teint jaunâtre du sujet: le ventre est ballonné, il n'y a pas de défense musculaire de la paroi. En palpant profondément la fosse iliaque droite, on sent sous les doigts une masse de la grosseur d'une noix à celle du poing, fixée dans la profondeur, bien délimitée et un peu douloureuse. Le toucher rectal est négatif ; la paroi abdominale est mobile sur la tumeur. Celle-ci ne rétrocedant pas, on se décide à opérer.

Le diagnostic n'est jamais posé de façon ferme. On pense le plus souvent à un *néoplasme cœco-appendiculaire*. En effet, l'aspect de la tumeur et la fièvre si fréquente dans cette variété de cancer peuvent induire en erreur, mais, dans ce cas, les troubles digestifs sont la règle (diarrhée rebelle avec ou sans melaena accompagnée de douleurs locales ou irradiées, symptômes de subocclusion). Quelquefois on porte le diagnostic de *tuberculose iléo cœcale* à forme hypertrophique, d'*appendicite chronique* : exceptionnellement, on pense à l'*actinomyose*.

#### 4° DIVERTICULES ET TUMEUR INFLAMMATOIRE

Nous avons déjà attiré l'attention sur la rareté de ces faits, puisque le cas de MM. Plisson et Carrive est,

à notre connaissance, le seul qui soit caractéristique : aussi, il est difficile, à la lecture d'une seule observation, de donner des conclusions précises sur la symptomatologie de ces tumeurs ; nous nous bornerons donc à rapporter ici les signes cliniques principaux que présentait notre malade.

Il s'agit d'un homme de 55 ans, souffrant depuis plusieurs mois de violentes douleurs, d'abord généralisées à tout l'abdomen, puis nettement localisées à l'appendice. L'affection ne s'accompagne d'aucune réaction fébrile appréciable. La circulation cœcale est absolument intacte. L'amaigrissement est rapide et évolue de pair avec le développement de la tumeur qui respecte les parois du cœcum. A l'examen, on note une voussure située au-dessus de l'arcade crurale et dirigée transversalement : elle correspond à une masse de la grosseur d'un œuf de poule à surface régulière, élastique, facile à délimiter ; il est impossible de mobiliser cette tumeur qui paraît fixée dans la profondeur et faire corps avec les plans musculaires de la paroi. Aucune douleur n'est ressentie à ce niveau pendant la palpation.

Nous pouvons rapprocher de ce cas les observations publiées par Gangitano et par Meyerson.

La malade de 32 ans, observée par Gangitano, a un passé appendiculaire net (4 crises antérieures avec fièvre) : au moment de l'opération, la fosse iliaque droite est un peu douloureuse à la pression et on constate à ce niveau une tumeur grosse comme un œuf, peu mobile, régulière, difficile à délimiter, sans adhérences à la paroi.

Le malade de Meyerson est un homme de 60 ans qui n'a jamais eu de crise appendiculaire même légère : un mois avant l'opération, il a présenté dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade de Fallope, une tumeur à développement progressif, non douloureuse, siégeant dans la paroi même et ne semblant pas avoir de prolongements profonds : il n'accuse aucun trouble du côté de l'intestin et n'a pas de fièvre.

Nous avons déjà dit plus haut que ces deux observations ne se rapportaient pas nécessairement à des tumeurs inflammatoires développées aux dépens d'un appendice diverticulaire, car les examens anatomo-pathologiques n'avaient pas été pratiqués. Quoiqu'il en soit, on est frappé par la ressemblance qui existe sur beaucoup de points entre notre observation et celle de Meyerson plus particulièrement : c'est dire la difficulté du diagnostic entre les cas que nous envisageons et les tumeurs inflammatoires de cette région.

En présence de pareilles tumeurs, on pense à un fibrome ou à un sarcome : le diagnostic de fibrome avait été posé par Meyerson et par MM. Plisson et Carrière. L'âge du sujet et le sexe doivent entrer ici en ligne de compte. Enfin, on élimine facilement une lésion tuberculeuse à point de départ cœco-appendiculaire, ainsi qu'un néoplasme de cette région, grâce à leurs caractères particuliers.

En résumé, la plupart des diverticules de l'appendice se manifestent uniquement par des symptômes d'appendicite; la forme chronique semble la plus fréquente. On peut aussi se trouver en présence d'un pseudo-myxome du péritoine à point de départ diver-

triculaire, dont la symptomatologie est assez confuse et le diagnostic hésitant.

On observera exceptionnellement une tumeur inflammatoire développée aux dépens de diverticules; toutefois, en présence d'une tumeur de la paroi abdominale située au niveau de la fosse iliaque droite, on devra toujours penser à la possibilité d'une origine profonde inflammatoire, appendiculaire ou même diverticulaire.

## II. — Pronostic.

1° LES DIVERTICULES PAR HERNIE SIMPLE OU DIVERTICULES PHYSIOLOGIQUES sont parfaitement tolérés et compatibles avec une bonne santé habituelle. Leur présence n'est pas à elle seule une cause d'appendicite : mais si un processus inflammatoire se déclare au niveau de l'appendice, les lésions perforantes peuvent être très rapides et aboutir à la formation d'un abcès périappendiculaire entre les deux feuillets du meso. De plus, grâce à la grande fragilité de la paroi, un léger traumatisme peut provoquer une rupture du diverticule et on est en droit de se demander s'il n'y a pas là une étiologie possible des appendicites traumatiques.

2° LES DIVERTICULES SCLÉREUX OU PAR HYPERTENSION, dont la paroi est particulièrement amincie, se laissent perforer très facilement grâce à la pression intraap-

pendiculaire. Généralement, cette perforation n'est pas suivie de péritonite grave, car le liquide sécrété est peu septique. Plus souvent, on assiste à la formation d'un pseudo-myxome du péritoine bien localisé, bien circonscrit, dont la bénignité a été reconnue par tous les auteurs (Delétrez, Goursolas, Lejars, Løhr, Petit), à l'inverse du pseudo-myxome d'origine ovarienne qui donne une mortalité moyenne de 10 0/0 (Goursolas, Delétrez).

3° LES DIVERTICULES INFLAMMATOIRES, consécutifs à des poussées successives d'appendicite, sont sous la menace constante d'une perforation; le diverticule, en effet, est souvent le point de départ d'une nouvelle crise appendiculaire. On conçoit, dans ces conditions, à quel danger on s'expose en différant l'opération.

Enfin, même en l'absence de perforation, la présence d'un diverticule inflammatoire prédispose à la récurrence, par suite de sa transformation possible en cavité close.

Le pronostic des tumeurs inflammatoires, consécutives aux diverticules, est lié à l'intervention précoce : lorsque celle-ci est pratiquée, la guérison est complète et rapide (Meyerson, Plisson et Carrive).

En résumé, le pronostic, dans ces différents cas, dépend avant tout de l'acte opératoire : la précocité de l'intervention est généralement la seule condition de la guérison.

### III. — Traitement.

Nous empruntons à la thèse de Lorillou les quelques conseils donnés par cet auteur :

« Opérer tout malade présentant de l'appendicite chronique. Pratiquer l'appendicectomie au moindre trouble local chez des personnes ayant eu une crise antérieure d'appendicite aiguë. Opérer dès les premières heures tout individu porteur d'une affection appendiculaire aiguë.

« Au cours de l'opération, examiner avec soin l'appendice; le manier avec précaution s'il présente la moindre bosselure (danger de l'issue d'un liquide septique). Le meso-appendice sera réséqué largement s'il renferme un diverticule enflammé. »

Dans le cas de pseudo-myxome du péritoine d'origine appendiculaire, pratiquer l'appendicectomie : essayer d'enlever en bloc la masse gélatineuse, ou évacuer son contenu : exciser l'épiploon de couverture (Lejars), drainer pendant quelques jours (Petit).

De même, pour les tumeurs inflammatoires d'origine appendiculaire ou diverticulaire, le seul traitement est l'ablation de la tumeur et de l'appendice, suivie d'un drainage pendant un ou deux jours.

Dans tous ces cas, l'acte opératoire amène une guérison rapide et définitive.

---

## CONCLUSIONS

Les diverticules de l'appendice, signalés en 1894 par Edel, sont assez rares, au plus 1 fois sur 100 appendices examinés.

Tantôt uniques, tantôt très nombreux sur le même appendice, les diverticules semblent siéger de préférence vers la pointe de l'organe, sur le bord libre ou sur le bord mésentérique suivant le mécanisme de leur formation.

Au point de vue microscopique, on peut distinguer trois variétés de diverticules dont les différents caractères sont résumés dans le tableau suivant :

|                                                                | Appendice              | Diverticule      |                                            |                                       |                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                |                        | <i>Fréquence</i> | <i>Siège</i>                               | <i>Collet</i>                         | <i>Muqueuse</i>                                                                                   |
| (1)<br><i>Type hernie simple ou physiologique</i>              | Normal                 | Rare             | Bord mésentérique                          | Etroit                                | Normale                                                                                           |
| (2)<br><i>Type scléreux ou par hypertension appendiculaire</i> | Scléreux               | Fréquent         | Indifférent mais surtout bord mésentérique | Plus large que dans le type précédent | Plus ou moins altérée                                                                             |
| (3)<br><i>Type inflammatoire ou par destruction pariétale</i>  | Chroniquement enflammé | Fréquent         | Indifférent                                | Large                                 | <i>existe</i> dans le type inflammatoire vrai.<br><i>absente</i> dans le type pseudo-diverticule. |

Les diverticules sont intéressants par les réactions qu'ils peuvent produire autour d'eux : *pseudo-myxome du péritoine* d'origine appendiculaire, maladie assez fréquente bien connue à l'heure actuelle, *tumeurs inflammatoires* dont notre observation constitue un des très rares exemples.

Certains diverticules peuvent rester latents pendant toute la vie; la plupart des autres se traduisent cliniquement par une symptomatologie appendiculaire de type chronique. La nature anatomique de la lésion ne peut être diagnostiquée pratiquement avant l'intervention.

Les diverticules de l'appendice, par suite de la faible épaisseur de leur paroi, sont sous la menace constante d'une perforation, dont la conséquence, est selon les cas, une péritonite généralisée ou localisée, un abcès méso-appendiculaire ou même un pseudo-myxome du péritoine. Aussi, la précocité de l'intervention est-elle le facteur le plus important du pronostic.

On rapporte rarement des cas de diverticules appendiculaires. Il est permis cependant de croire qu'en examinant systématiquement au microscope les tumeurs de cette région enlevées par les chirurgiens, on observerait peut-être plus souvent des tumeurs inflammatoires ayant pour point de départ des diverticules.

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| <i>Vu :</i>  | LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE |
| LE DOYEN,    | POLICARD.                |
| Jean LÉPINE. |                          |

*Vu et permis d'imprimer :*

LYON, le 17 Octobre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

*Pour le Recteur et par délégation :*  
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
Jean LÉPINE.

## BIBLIOGRAPHIE

---

BÉRARD et VIGNARD. — Diverticules et kystes de l'appendice. *Province Médicale*, xxiv, n° 15, 1913.

BERTOYE. — Sur un cas de kyste de l'appendice. *Soc. Sciences Méd. Lyon*, 21 mai 1913.

Un diverticule type scléreux, siégeant au niveau du mésentère, renfermant un liquide louche : symptômes d'appendicite chronique après plusieurs crises aiguës ; guérison après intervention.

CHAUVIN. — Les diverticules de l'appendice. *Gaz. Hôpitaux*, 10 et 12 février 1920.

CHEVRIER. — Sur un cas d'appendicite kystique diverticulaire. *Soc. Chirurgie Paris*, 21 mars 1917, page 789.

Un appendice avec deux diverticules type scléreux, l'un à l'extrémité de l'appendice, l'autre bombe dans le méso, liquide muqueux clair, symptômes d'appendicite aiguë ; guérison après intervention.

CROUZE. — Tumeurs et kystes de l'appendice. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, xi, novembre 1910.

(Résumé in *Journal de Chirurgie*, vi, p. 94, 1911).

DELÉTREZ. — Pseudo-myxôme du péritoine d'origine appendiculaire. *Acad. Méd. de Belgique*, 3 mai 1913, *Bulletin de l'Académie*, xxvi, page 341.

(Résumé in *Journal de Chirurgie*, xi, p. 79, 1913).

Pseudo-myxome dû à la perforation d'un diverticule du type scléreux, siégeant à la pointe de l'appendice.

ELBE. — Kystes et diverticules de l'appendice. *Beitr. zur klin. Chir.*, LXIV, oct. 1909.

(Résumé in *Journal de Chirurgie*, III, p. 695, 1909).

Cinq cas personnels. Diverticules du type scléreux à contenu muqueux. Dans quatre cas, symptômes d'appendicite chronique entrecoupée de poussées aiguës. Dans un cas, aucun symptôme appendiculaire (découvert à l'autopsie).

FIORAVANTI. — Contribution à l'étude des tumeurs dites inflammatoires du cæcum. *Il Policlino*, xvi, fasc. 12, p. 536, déc. 1909.

(Résumé in *Journal de Chirurgie*, IV, p. 318, 1910).

Transformation possible des tumeurs inflammatoires en cancer.

GANGITANO. — Tumeur inflammatoire pseudo-néoplasique péri-appendiculaire. *La Riforma medica*, xxv, n° 35, p. 961, 30 août 1909 et n° 36, p. 992, 6 septembre 1909.

(Résumé in *Journal de Chirurgie*, III, p. 581, 1909).

Observation décrite dans le texte.

GOURSOLAS. — Du pseudo-myxome du péritoine. *Thèse Lyon*, 1911-1912.

Dans trois cas, l'affection était due à la perforation de diverticules de l'appendice du type scléreux; symptômes d'appendicite à répétition; bon pronostic du pseudo-myxome; ablation de la masse colloïde et appendicectomie.

GRYNFELT et CHAUVIN. — Diverticule inflammatoire de l'appendice. Etude histologique. Considérations sur la cicatrisation épithéliale des ulcérations appendiculaires. *Arch. Mal. Appareil digestif*, x, n° 9, 1920.

Un cas de pseudo-diverticule inflammatoire; plusieurs crises appendiculaires aiguës antérieures; guérison après intervention (décrit dans le texte).

HAMMESFAHR. — Pseudo-myxome kystique de l'appendice. *Deutsche Med. Woch.*, xxxix, n° 31, 1913.

(Résumé in *Journ. Chir.*, xi, p. 487, 1913).

Un cas de diverticule type scléreux à contenu gélatineux; adhérences entre le cæcum et l'appendice d'une

part, et les organes voisins d'autre part; symptômes d'appendicite chronique.

HARNSEN. — Un cas d'affection rare de l'appendice. *Soc. Chirurghiens russes de Moscou*, séance du 17 janvier 1911, in *Chirour. Archiv. Veliaminova*, xxvii, 1911.

(Résumé in *Journ. Chir.*, vii, p. 479, 1911).

Cas de pseudo-myxome du péritoine d'origine appendiculaire dû à la rupture d'un diverticule du type scléreux.

HYVERNAUD. — Le pseudo-myxome d'origine appendiculaire. *Thèse Paris*, 1919-1920.

28 cas de pseudo-myxome d'origine appendiculaire. Dans 4 cas, présence de diverticules du type scléreux, perforés dans 2 cas, intacts dans les 2 autres; syndrome d'appendicite chronique.

KERAMBRUN. — Contribution à l'étude des kystes appendiculaires et paracœcaux. *Thèse Paris*, 1901-1902.

Un cas intéressant de gros diverticule du type scléreux chez une femme de 25 ans; symptômes d'appendicite chronique. En même temps, on a trouvé du côté droit un ovaire kystique et de nombreux kystes sous-tubaires périovariens.

KONJETZNY. — Sur la pathologie et la clinique des diverticules acquis de l'appendice. *Münch. Med. Woch.*, lvi, n° 44, 2 novembre 1909.

(Résumé in *Journ. Chir.*, iv, p. 82, 1910).

2 cas types de diverticules physiologiques sans histoire clinique (voir le texte).

LECÈNE. — Deux cas d'appendicite kystique avec diverticules. *Soc. Anatomique Paris*, 6° série, 13, p. 288, 1911.

2 cas typiques de diverticules scléreux de l'appendice (décrits dans le texte).

LEJARS. — Les diverticules de l'appendice. *Semaine Médicale*, p. 532, 1911.

— La « maladie gélatineuse du péritoine » d'origine appendiculaire. *Semaine Médicale*, xxxii, n° 50, p. 589, 1912.

3 cas de pseudo-myxome; la symptomatologie est celle de l'appendicite aiguë.

LEJARS et MÉNÉTRIER. — Diverticules de l'appendice et appendicite diverticulaire. *Revue Chirurgie*, xxx, p. 469, 1904.

2 observations de diverticule inflammatoire vrai : l'une, typique, rapportée dans le texte, l'autre moins nette; sur la coupe, on voit 3 cavités tapissées de muqueuse; au centre, celle de l'appendice, une très irrégulière au niveau du méso, l'autre sur le bord opposé.

LÉONTIEFF. — Pseudo-myxoma peritonei ex processu vermiformi. *Roussk Vrach*, xii, n° 37, p. 1288, 1913.

(Résumé in *Journ. Chir.*, xi, p. 781, 1913).

Un cas de pseudo-myxome du péritoine avec diverticule de l'appendice du type scléreux, percé à son sommet (découverte d'autopsie).

LETULLE et WEINBERG. — Etude anatomique des lésions appendiculaires. *Arch. Sciences méd.*, p. 360, 1897.

LÖHR. — La question des diverticules de l'appendice et leurs conséquences : leurs rapports avec le pseudo-myxome du péritoine. *Deut. Zeit. für Chirurgie*, 171, p. 30, juin 1922.

5 cas de diverticules type scléreux, perforation, formation d'un pseudo-myxome du péritoine; symptômes d'appendicite à répétition; bénignité de cette affection.

LORILLOU. — Diverticules de l'appendice et appendicite diverticulaire. *Thèse Lyon*, 1912-1913.

LORRAIN. — Appendicite chronique et anomalies de l'appendice. *Archiv. Méd. expériment. et d'anat. path.*, xix, p. 777, 1907.

1 cas net de diverticule inflammatoire vrai; symptômes d'appendicite chronique.

MAC CARTY et MAC GRATH. — Oblitération, cancer et diverticules de l'appendice. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, xii, fasc. 3, 1911.

(Résumé in *Journ. Chir.*, vi, p. 577, 1911).

Sur 5.000 appendices examinés, on trouve 17 fois des diverticules type inflammatoire vrai : symptômes

d'appendicite aiguë dans la moitié des cas; rencontrés à tout âge, de 18 à 64 ans.

MALATESTA. — Contribution à l'étude des faux diverticules de l'appendice. *Il Policlinico*, xv, fasc. 2, p. 49 à 58, 1908. (Résumé in *Journ. Chir.*, I, p. 68, 1908).

1 cas de diverticule inflammatoire vrai.

1 cas de pseudo-diverticule inflammatoire vrai.

MASSON. — Appendicite chronique avec kyste muqueux pariétal. *Soc. Anat.*, 13, p. 133, 1911.

1 cas de pseudo-diverticule inflammatoire siégeant à l'extrémité de l'appendice, rempli de mucus; symptômes d'appendicite aiguë.

MASSON. — Diverticules du gros intestin. *The Canad. Med. Ass. Journ.*, février 1921.

MAYO (W.). — Diverticulite du sigmoïde. *Virginia Med. Monthly*, nov. 1921.

MERCIER-BELLEVUE (Mme). — Le pseudo-myxome péritonéal d'origine appendiculaire. *Thèse Bordeaux*, 1911-1912.

MERTENS. — Falsche Divertikel der Proc. Vermic. *Mittel. aus den Grenzgeb. d. Med. und Chir.*, Bd 9, 1903.

MEYERSON. — Les tumeurs inflammatoires de la paroi abdominale consécutives à l'appendicite. *Beitr. zur Klin. Chir.*, XL, p. 221, 1908.

(Résumé in *Journ. Chir.*, II, p. 70, 1909).

3 observations de tumeur inflammatoire d'origine appendiculaire. La première est nette (rapportée dans le texte); les deux autres le sont beaucoup moins. Elles ont toutes ce caractère commun d'infiltrer les muscles de la paroi.

MOURGUES (De). — Des diverticules acquis du gros intestin. *Thèse Lyon*, 1912-1913.

Grande analogie entre les diverticules acquis du gros intestin et les diverticules physiologiques de l'appendice.

PATEL. — *Lyon Médical*, cxx, p. 452, 1913.

1 cas de pseudo-diverticule inflammatoire, près de la pointe, sur le bord libre; syndrome d'appendicite chronique.

PÉRAIRE et MASSON. — Appendice à deux cavités. *Soc. anat.*, 13, p. 120, 1911.

Sur le même appendice, on trouve deux diverticules inflammatoires vrais; syndrome d'appendicite aiguë.

PETIT. — Sur un cas d'appendicite chronique avec pseudo-myxome diverticulaire. *Thèse Bordeaux*, 1917-1918.

L'auteur rapporte une observation du Professeur Villar (de Bordeaux): il s'agit sans doute d'un diverticule du type scléreux: symptômes d'appendicite aiguë.

PLISSON et CARRIVE (Rapport de M. Sieur). — Tumeur inflammatoire de la fosse iliaque droite, développée aux dépens d'un appendice à diverticules muqueux. *Soc. Chir. Paris*, XLVII, n° 26, 1921.

(Voir le texte.)

POTHERAT (E.). — Appendice avec diverticulum. *Soc. Chir. Paris*, XXVIII, p. 1072, 1902.

1 cas de pseudo-diverticule inflammatoire, de grosses dimensions, rempli de matière gélatineuse; symptômes d'appendicite aiguë.

POTHERAT (E. et G.). — Hydro-appendix. *Soc. Chir. Paris*, XLIV, p. 1.689, 1918.

1 cas de diverticule du type scléreux, volumineux, occupant la pointe de l'organe, rempli d'un liquide clair, très fluide; symptômes d'appendicite chronique.

QUÉNU. — Appendicite. Transformation kystique de l'extrémité de l'appendice à contenu stérile. *Soc. Chir. Paris*, XXIX, p. 803, 1903.

1 cas de diverticule du type scléreux, grosseur d'une cerise; syndrome d'appendicite chronique.

SIMON. — Diverticule inflammatoire de l'appendice. *Berliner Klin. Woch.*, XLVIII, n° 33, 1911.

(Résumé in *Journ. Chir.*, VII, p. 473, 1911).

Sur le même appendice, deux diverticules du type inflammatoire vrai; appendice avec traces d'inflammation récente; syndrome d'appendicite aiguë.

SISSOJEFF. — Kystes multiples de l'appendice. *Wirchow's Archiv. f. Klin. Med.*, CCV, p. 42, juillet 1911.

(Résumé in *Journ. Chir.*, VII, p. 332, 1911).

Nombreux diverticules du type pseudo-diverticule inflammatoire sur le même appendice.

SYSSOÏEFF. — Un cas de kystes multiples de l'appendice vermiciforme. *Roussky Vrach*, x, n° 47, 1911.

(Résumé in *Journ. Chir.*, VIII, p. 187, 1912).

Même aspect que dans le cas précédent.

VERDENAL. — Diverticules de l'S iliaque. *Thèse Lyon*, 1906-1907.

VILLAR (de Bordeaux). — Sur un cas d'appendicite chronique avec pseudo-myxome diverticulaire. *Acad. Méd.*, 26 février 1918.

1 cas rapporté dans la thèse de Petit (voir plus haut).

WILKIE. — Carcinoma of the appendix causing diverticula of the appendix and acute appendicular obstruction. *The Brit. Journ. of Surgery*, VIII, n° 32, p. 392, 1921.

Coexistence d'un cancer de l'appendice et de diverticules (3 cas).

WILSON. — Kystes de l'appendice vermiciforme : contribution à l'étude du pseudo-myxome du péritoine. *The Lancet*, CLXXXIII, 30 novembre 1912.

(Résumé in *Journ. Chir.*, x, p. 230, 1913.

---

## TABLE DES MATIERES

---

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction.....                                                       | 10 |
| Observation personnelle.....                                            | 11 |
| <i>Chapitre premier : Nature de la lésion</i> .....                     | 19 |
| I. — Historique.....                                                    | 19 |
| II. — Fréquence .....                                                   | 20 |
| III. — Aspect macroscopique .....                                       | 21 |
| 1° Le diverticule.....                                                  | 21 |
| 2° L'appendice .....                                                    | 22 |
| IV. — Structure microscopique .....                                     | 23 |
| 1° Type hernie simple.....                                              | 23 |
| 2° Type scléreux.....                                                   | 24 |
| 3° Type inflammatoire. Diverticules<br>vrais. Pseudo-diverticules ..... | 26 |
| <i>Chapitre II : Mécanisme de la lésion</i> .....                       | 30 |
| I. — Diverticules physiologiques .....                                  | 30 |
| II. — Diverticules par hypertension appendi-<br>culaire.....            | 32 |
| III. — Diverticules inflammatoires par destruc-<br>tion pariétale.....  | 33 |
| <i>Chapitre III : Réactions autour de la lésion</i> .....               | 36 |
| <i>Chapitre IV : Données cliniques</i> .....                            | 42 |
| I. — Symptomatologie.....                                               | 42 |
| II. — Pronostic.....                                                    | 48 |
| III. — Traitement.....                                                  | 50 |
| Conclusions .....                                                       | 51 |
| Bibliographie.....                                                      | 53 |



